



**Conseil économique
et social**

Distr.
GÉNÉRALE

E/CN.4/2005/72
17 janvier 2005

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS

COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME
Soixante et unième session
Point 12 a) de l'ordre du jour provisoire

**INTÉGRATION DES DROITS FONDAMENTAUX DES FEMMES ET DE
L'APPROCHE SEXOSPÉCIFIQUE: VIOLENCE CONTRE LES FEMMES**

**EFFETS CONJUGUÉS DE LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES
ET DU VIH/SIDA**

**Rapport de la Rapporteuse spéciale, Yakin Ertürk, sur la violence contre les femmes,
ses causes et ses conséquences**

Résumé

Le présent rapport est le deuxième que je présente à la Commission en ma qualité de Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes. Le chapitre I résume les activités que j'ai menées en 2004 et le chapitre II contient une étude sur les rapports entre la violence contre les femmes et le VIH/sida.

La pandémie de VIH se développe dans toutes les régions du monde, en particulier parmi les femmes et les filles. Elle représente un milieu où l'on observe les manifestations complexes de l'inégalité entre les sexes, lorsqu'elle touche les femmes. La discrimination contre les femmes, due à l'inégalité entre les sexes, est multiforme et s'aggrave sous l'effet conjugué du patriarcat et d'autres formes d'oppression, qui soumettent les femmes à une violence continue, ce qui les rend vulnérables au VIH/sida.

Le rapport analyse les relations d'interdépendance entre la violence contre les femmes et le VIH/sida, la violence étant considérée à la fois comme une cause et comme une conséquence du VIH. Il examine comment des différents types de violence dont les femmes font l'objet, du domicile jusqu'au niveau transnational, accroissent les risques de transmission du VIH; la manière dont les femmes vivant avec le VIH endurent les préjugés, la discrimination et la violence fondée sur le sexe, ainsi que les obstacles qui entravent l'accès des femmes aux soins médicaux et à la justice. Tout au long du rapport, l'accent est mis sur l'intersectorialité de la violence contre les femmes et du VIH ainsi que sur la multiplicité des types de discrimination dont font l'objet les femmes vivant avec le VIH, en particulier les femmes migrantes, les femmes réfugiées, les femmes appartenant à une minorité ainsi que les femmes appartenant à d'autres groupes marginalisés.

S'il est vrai que les droits de l'homme dans le contexte du VIH sont protégés par le droit international des droits de l'homme et que les liens entre la violence contre les femmes et le VIH/sida ne sont contestés par personne, il reste aux États à élaborer un ensemble cohérent de mesures efficaces visant à remédier à l'inégalité entre les sexes en tant que cause première et conséquence des manifestations sexospécifiques de la maladie. Si des progrès sont effectivement enregistrés d'une part dans l'action menée pour mettre un terme à la violence dont les femmes sont victimes et, d'autre part, dans la lutte contre la propagation du VIH/sida, les efforts déployés aux niveaux national et international seraient considérablement plus efficaces s'ils portaient sur la corrélation entre ces deux pandémies.

On reconnaît aujourd'hui que le VIH est un problème lié au développement, à la sécurité et aux droits de l'homme, dont les incidences varient en fonction du sexe. Il est par conséquent de plus en plus largement admis que la promotion et la protection des droits humains des femmes peuvent freiner la progression de la maladie et en atténuer les conséquences.

Le rapport se termine par des recommandations en faveur d'une stratégie efficace et cohérente de lutte contre la propagation de cette maladie mortelle, compte tenu des rapports d'interdépendance entre la violence contre les femmes et le VIH, qui s'articule autour de cinq grands axes: i) la violence fondée sur le sexe; ii) les dimensions sexospécifiques du VIH/sida; iii) l'accès des femmes aux soins de santé; iv) l'autonomisation des femmes; et v) la coalition mondiale contre le VIH/sida.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Paragraphe</u> s	<u>Page</u> s
Introduction	1 – 2	4
I. ACTIVITÉS MENÉES EN 2004.....	3 – 12	4
II. EFFETS CONJUGUÉS DE LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES ET DU VIH/SIDA	13 – 79	6
A. Nombre d'hommes et de femmes vivant avec le VIH/sida dans le monde	18 – 25	8
B. Violence contre les femmes et vulnérabilité au VIH.....	26 – 54	10
1. Viols et actes de violence sexuelle.....	27 – 28	10
2. Violences commises au foyer ou par un partenaire intime.....	29 – 34	10
3. Violences liées aux pratiques préjudiciables.....	35 – 40	12
4. Violences liées à l'exploitation sexuelle à des fins commerciales.....	41 – 50	13
5. Violences en période de conflit armé.....	51 – 54	15
C. Violence, préjugés et discrimination à l'encontre des femmes séropositives	55 – 71	16
1. Différences de traitement au sein de la famille et de la communauté	59 – 63	17
2. Réalisation de tests de dépistage et divulgation d'informations sur la sérologie VIH sans le consentement des intéressés.....	64 – 67	18
3. Droits en matière de procréation	68 – 71	19
D. Difficultés d'accès aux soins de santé	72 – 76	20
E. Accès à la justice	77 – 79	22
III. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	80 – 84	23

Introduction

1. Dans sa résolution 2004/46, la Commission des droits de l'homme a accueilli avec satisfaction les travaux de la Rapporteuse spéciale et a pris acte de son rapport (E/CN.4/2004/66), en particulier l'élaboration de principes directeurs pour la mise au point de stratégies tendant à assurer la mise en œuvre effective des normes internationales visant à faire cesser la violence à l'égard des femmes au niveau national. Elle a encouragé la Rapporteuse spéciale à donner effectivement suite aux informations fiables dont elle est saisie et a prié tous les gouvernements de coopérer avec la Rapporteuse spéciale et de l'aider à s'acquitter du mandat et des fonctions dont elle a été investie, de lui fournir toutes les informations demandées, en particulier sur la mise en œuvre de ses recommandations, et de donner suite à ses visites et à ses communications.

2. Conformément à la résolution 2004/46 de la Commission, je présente ci-après mon deuxième rapport à la Commission. Le chapitre I résume les activités que j'ai menées en 2004 et le chapitre II examine les rapports entre la violence contre les femmes et le VIH/sida. J'appelle l'attention de la Commission sur les additifs au présent rapport. L'additif 1 contient des résumés d'allégations générales et individuelles ainsi que des appels urgents transmis aux gouvernements et leurs réponses à ces appels. L'additif 2 rend compte de ma visite en El Salvador, l'additif 3 de ma visite au Guatemala, l'additif 4 de ma visite dans les Territoires palestiniens occupés et l'additif 5 de la situation dans la région du Darfour au Soudan.

I. ACTIVITÉS MENÉES EN 2004

Visites dans les pays

3. Je me suis rendue en El Salvador (du 2 au 7 février 2004), au Guatemala (du 8 au 14 février) et dans les Territoires palestiniens occupés (du 13 au 18 juin) à l'invitation des Gouvernements et de l'Autorité concernés. Les visites en Fédération de Russie et en Afghanistan prévues en juin et en juillet 2004 ont été reportées pour des raisons de sécurité, la première par le Gouvernement de la Fédération de Russie et la deuxième par l'Organisation des Nations Unies. La visite en Fédération de Russie, y compris dans le Caucase du Nord, a été reprogrammée pour décembre 2004. J'ai l'intention de me rendre en République islamique d'Iran en janvier 2005.

Consultations et participation à des réunions

4. Le 28 janvier, j'ai eu un dialogue fructueux avec le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur la manière d'institutionnaliser les procédures d'échange de renseignements d'intérêt commun, en particulier l'examen d'affaires au titre de la procédure de communications de la Rapporteuse spéciale et le Protocole à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, qui vient d'être adopté et qui autorise la présentation de plaintes individuelles.

5. En avril, j'ai présenté mes rapports à la Commission des droits de l'homme et ai participé à plusieurs manifestations parallèles. Je suis revenue à Genève dans le courant du même mois pour participer à une conférence et à une réunion du Conseil d'administration de l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social. Du 14 au 17 mai, j'ai participé à la troisième session de l'Instance permanente sur les questions autochtones, à New York. En juin,

j'ai assisté à la réunion annuelle sur les procédures spéciales au Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) à Genève.

6. Les 27 et 28 juillet, j'ai participé à la consultation de la région Asie Pacifique sur la violence contre les femmes, organisée à Jakarta par le Forum pour la région de l'Asie et du Pacifique sur les femmes, le droit et le développement. Des défenseurs et des spécialistes des droits des femmes venus de 15 pays de la région y ont participé (Afghanistan, Australie, Bangladesh, Inde, Indonésie, Japon, Malaisie, Mongolie, Myanmar, Népal, Pakistan, Philippines, République de Corée, Sri Lanka, Thaïlande). La consultation a porté essentiellement sur les graves problèmes qui se posent dans la région de l'Asie et du Pacifique dans les domaines de la sexualité, de la violence contre les femmes et de l'accès à la justice¹. Les participants ont préconisé un plus large accès à la justice et le contrôle de l'obligation, pour les États, de rendre des comptes au sujet de la violence contre les femmes². La consultation régionale a été suivie d'une consultation nationale avec des organisations locales organisée par la Commission nationale de la violence contre les femmes (Komnas Perempuan). La Consultation examinée, d'une part, le degré de mise en œuvre des recommandations formulées par la précédente Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes à l'issue de la mission qu'elle avait effectuée en Indonésie en 1998 et, d'autre part, les préoccupations actuelles, notamment l'absence d'accès à la justice, la discrimination fondée sur le sexe dans le système de justice pénale et la politisation de la religion et de la tradition ainsi que la pauvreté.

7. Les 25 et 26 septembre, j'ai participé à la première consultation régionale africaine sur la violence contre les femmes aux côtés d'Angela Melo, Rapporteuse spéciale de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples sur les droits des femmes en Afrique. La consultation, qui a eu lieu à Khartoum, était organisée par l'Institut des droits de l'homme de Genève, le Réseau africain de développement et de communication pour la femme (FEMNET) et la Babiker Badri Scientific Association for Women's Studies (BBSAWS). Ont participé à cette consultation des défenseurs et des experts des droits des femmes venus des pays suivants: Afrique du Sud, Burundi, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Somalie, Somaliland, Soudan et Zambie. Les participants ont été informés des mécanismes régionaux et internationaux et ont partagé leurs préoccupations et leurs stratégies concernant la promotion et la protection des droits des femmes dans un grand nombre de domaines, allant des pratiques traditionnelles préjudiciables aux violences contre les femmes dans des situations de conflit armé³.

8. La consultation régionale a été suivie, le 27 septembre, d'une consultation nationale avec des organisations locales organisée par la BBSAWS à l'Afad Women's University. Les participants ont examiné les problèmes suivants: la violence contre les femmes dans les zones de conflit au Soudan, les mutilations génitales féminines, le VIH/sida et les conséquences pour les femmes de la loi de 1999 sur l'ordre public, notamment les tests de virginité aléatoires, les restrictions à la liberté de circulation des femmes, l'imposition d'un code vestimentaire et la criminalisation de la vente de thé et d'alcool. La majorité des femmes emprisonnées au Soudan seraient détenues pour des infractions de ce type.

9. À l'occasion de l'inauguration du Centre de recherche sur les droits de l'homme et la justice sociale, le 12 octobre, j'ai prononcé un discours liminaire intitulé «La véritable guerre contre la terreur: protéger les femmes contre la violence» à la London Metropolitan University.

10. Le 29 octobre, j'ai dialogué avec la Troisième Commission de l'Assemblée générale. Dans ma déclaration, j'ai fait part de ma préoccupation face à la politisation accrue de la culture, en particulier son expression sous forme d'intégrisme(s) religieux. J'ai noté que les luttes de pouvoir mondiales actuelles constituent un obstacle majeur à l'application effective des normes internationales relatives aux droits de l'homme, dans la mesure où le recours à la violence dans tous les domaines de la vie devient un phénomène courant et légitime. J'ai souligné l'importance que revêt un dialogue entre les civilisations fondé sur la convergence de valeurs appartenant au patrimoine commun des droits de l'homme car il peut jouer un rôle essentiel dans l'endiguement des idéologies extrémistes et empêcher ainsi ces dernières d'empiéter sur les droits humains des femmes.

11. Du 22 au 24 novembre, j'ai participé à la Women Defending Peace Conference organisée par le Suzanne Mubarak Women's International Peace Movement et la Conseillère fédérale et Cheffe du Département fédéral des affaires étrangères de la Suisse, au cours de laquelle j'ai fait un exposé intitulé «Les femmes dans les conflits armés». Le 1^{er} décembre, j'ai participé à une manifestation organisée dans le cadre de la Journée internationale contre le sida par l'Association turque de planification familiale et la Commission nationale de lutte contre le VIH/sida à Ankara. Le 6 décembre, j'ai prononcé l'allocution d'ouverture lors d'une réunion sur la militarisation et la violence contre les femmes organisée à Stockholm par Amnesty International. Tout au long de l'année, j'ai également participé à diverses manifestations nationales en Turquie.

Communications avec les gouvernements et communiqués de presse

12. Le nombre de communications envoyées aux gouvernements a augmenté cette année. On trouvera dans l'additif 1 une analyse détaillée de ces communications. J'ai également publié plusieurs communiqués de presse pendant la période considérée pour exprimer les préoccupations que m'inspirait la situation de certains pays ainsi que des déclarations prononcées à l'occasion de la célébration de journées importantes, notamment mes déclarations communes avec la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme le 25 novembre à l'occasion de la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes et le 1^{er} décembre, à l'occasion de la Journée mondiale du sida.

II. EFFETS CONJUGUÉS DE LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES ET DU VIH/SIDA

13. Au cours des cinq dernières années, la relation entre la violence contre les femmes et le VIH/sida a suscité une attention accrue. À sa quarante-cinquième session en 2001, la Commission de la condition de la femme a examiné la question thématique intitulée «Les femmes, les filles et le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida)» et a prié instamment les gouvernements et tous les acteurs concernés d'intégrer une perspective sexospécifique dans l'élaboration de tous les programmes et toutes les politiques relatives au VIH/sida (E/CN.6/2001/14). La même année, dans la résolution S-26/2 adoptée par l'Assemblée générale à sa vingt-sixième session extraordinaire sur le VIH/sida, les gouvernements se sont engagés à mettre en œuvre, d'ici à 2005, des programmes d'action nationaux visant à donner aux femmes les moyens de prendre en toute liberté des décisions concernant les questions liées à la sexualité et de se protéger contre l'infection à VIH. À sa soixantième session, la Commission des droits de l'homme, dans sa résolution 2004/27, a souligné que la promotion des femmes et des jeunes filles était indispensable au renversement de

la pandémie de VIH/sida. En outre, dans sa résolution 2004/46, la Commission a insisté sur le fait que la violence contre les femmes et les filles augmente la vulnérabilité des victimes au VIH/sida, que l'infection au VIH expose encore plus les femmes à la violence et que la violence contre les femmes contribue aux conditions favorisant la propagation du VIH/sida.

14. En réponse aux préoccupations de la communauté internationale et à la résolution 2003/47 dans laquelle la Commission priait les rapporteurs spéciaux d'inclure dans leurs mandats respectifs la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH, j'ai consacré mon rapport cette année à ce thème. Ce rapport traite des multiples formes de violence fondée sur le sexe, à cause desquelles les femmes risquent de contracter le VIH/sida; des types particuliers de préjugés et de discrimination dont sont victimes les femmes qui vivent avec le VIH; et des obstacles auxquels elles se heurtent pour accéder aux soins médicaux et à la justice. Le rapport montre en outre que la violence sexuelle endémique, aggravée par l'impossibilité d'accéder à l'information, à la prévention, à des traitements et à des soins, porte atteinte aux droits fondamentaux des femmes que sont notamment le droit à la vie, le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, le droit d'accéder dans des conditions d'égalité à l'éducation, au travail, le droit à la vie privée et à la non-discrimination. Le rapport se termine par des recommandations aux gouvernements sur les mesures à prendre⁴.

15. Le présent rapport est censé compléter les travaux d'autres titulaires de mandats au titre des procédures spéciales tels que le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, qui a souligné combien il importe de s'attaquer aux inégalités entre les sexes dans le contexte du VIH/sida et a insisté en particulier sur le fait que le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation est un élément indispensable de la lutte contre le VIH/sida. Ce rapport constitue aussi une contribution aux nombreuses campagnes internationales qui ont été lancées cette année, notamment la Campagne mondiale contre le sida d'ONUSIDA et les 16 jours d'action contre la violence fondée sur le sexe et en vue de la réduction de la vulnérabilité des femmes et des filles à la maladie.

16. Le non-respect des droits des femmes renforce l'épidémie et aggrave ses conséquences⁵. Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, en particulier la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, fournissent le cadre juridique normatif et les outils qui permettent de mettre en œuvre les droits des personnes touchées par le VIH face à la violence et à la discrimination fondées sur le sexe. Dans sa recommandation générale n° 24 (1999), où il affirme que l'accès des femmes aux soins de santé est un droit de l'homme fondamental, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes recommande aux États de veiller à éliminer tous les facteurs qui restreignent l'accès des femmes aux soins, à l'éducation et à l'information, notamment dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction, et en particulier affecter des ressources suffisantes aux programmes, destinés aux adolescents des deux sexes, pour la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles, notamment l'infection par le VIH et le sida. Les États ont pris des engagements dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée en 2001 par l'Assemblée générale des Nations Unies ainsi que dans chacun des huit objectifs de développement énoncés dans la Déclaration du Millénaire. Réaliser ces objectifs contribuera certes à réduire le risque d'infection par le VIH/sida mais combattre la violence contre les femmes aidera aussi grandement les États à atteindre ces objectifs, notamment l'objectif n° 6 intitulé «Combattre le VIH».

17. Les informations qui figurent dans le présent rapport ont été obtenues auprès des entités compétentes du système des Nations Unies, de gouvernements⁶, d'ONG et d'instituts de recherche du monde entier ou proviennent de la documentation existante. Une première version de ce rapport a été distribuée à des experts pour commentaires. Je tiens à exprimer ma gratitude à tous les gouvernements, organismes des Nations Unies, ONG et experts qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport.

A. Nombre d'hommes et de femmes vivant avec le VIH/sida dans le monde

18. Environ 39 millions d'hommes et de femmes vivent actuellement dans le monde avec le VIH/sida⁷. Dans toutes les régions, la proportion de femmes vivant avec le VIH est en augmentation sensible. Aujourd'hui, près de la moitié des personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde sont des femmes. En Afrique subsaharienne, l'épicentre de l'épidémie, 23 millions de personnes, dont 57 % de femmes⁸, sont infectées. Soixante-dix-sept pour cent de toutes les femmes vivant avec le VIH vivraient en Afrique subsaharienne⁹. Dans le monde entier, l'écart entre les hommes et les femmes se réduit, s'agissant du nombre de personnes touchées par le VIH. On observe une «féminisation» de l'épidémie dans la région de l'Amérique latine et les Caraïbes, en Asie et dans le Pacifique, en Europe orientale et en Asie centrale. Des tendances similaires s'observent parmi les populations marginalisées des pays développés. Aux États-Unis d'Amérique, par exemple, le sida est la principale cause de décès chez les jeunes femmes africaines-américaines âgées de 25 à 34 ans¹⁰ tandis qu'au Canada, le risque d'avoir le sida est pratiquement trois fois plus grand pour les femmes autochtones que pour les autres femmes¹¹.

19. Si dans un premier temps, le VIH a été considéré comme un problème de santé, il est aujourd'hui de plus en plus largement considéré comme un problème intersectoriel mettant en jeu le développement, la sécurité et les droits de l'homme, dont les conséquences ne sont pas les mêmes pour toutes les catégories de la population. Comme la Rapporteuse spéciale l'a souligné dans son précédent rapport, «Les femmes et les filles sont particulièrement exposées au VIH/sida à cause non seulement de leur biologie mais aussi d'inégalités économiques et sociales et de rôles sexuels culturellement acceptés qui les mettent dans une position de subordination aux hommes dans le domaine des décisions concernant les relations sexuelles... Les rapports de domination sont multiples et s'interpénètrent, créant des couches d'inégalités et d'assujettissement des femmes à différentes formes de violence.» (E/CN.4/2004/66, par. 47 et 53). À cause de l'inégalité entre les sexes, les femmes séropositives sont montrées du doigt, ce qui déclenche de nouvelles discriminations et de nouvelles violences à leur rencontre. C'est pourquoi, comprendre les relations d'interdépendance entre l'inégalité entre les sexes, la violence et le VIH devrait permettre de trouver des angles d'attaque pour lutter efficacement contre la pandémie.

20. Les recherches montrent que les femmes exposées au VIH ont au moins deux fois plus de risques que leurs partenaires masculins d'être infectées par le VIH¹². La subordination de la femme à l'homme dans le domaine des relations sexuelles ainsi que les caractéristiques biologiques de la femme font que dans de nombreuses régions du monde, les relations hétérosexuelles sont le mode le plus fréquent de transmission de la maladie. Cette vulnérabilité des femmes est aggravée par le fait que les femmes ont moins de pouvoir que les hommes et que le recours à la violence entretient ce déséquilibre, ce qui limite la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels protégés. Il s'ensuit que les femmes peuvent être confrontées à des comportements violents dans leur vie sexuelle, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de leur

foyer. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables en raison de leur physiologie¹³. En outre, les maladies sexuellement transmissibles (MST), qui accroissent souvent le risque de contracter le VIH, ne sont, bien souvent, pas décelées et par conséquent pas traitées chez les femmes.

21. La corrélation entre la violence contre les femmes et le VIH doit être étudiée à la lumière de la discrimination découlant de l'inégalité entre les sexes, notamment le fait que les femmes n'ont pas suffisamment accès à l'information, à l'éducation et aux services de santé. Dans le monde entier, les filles sont beaucoup moins nombreuses que les garçons à fréquenter l'école¹⁴ et les hommes sont presque toujours mieux informés que les femmes sur les moyens de se protéger contre le VIH/sida¹⁵. Dans les communautés frappées par la pauvreté et/ou décimées par le VIH, les filles sont les premières à être retirées de l'école pour exercer une activité génératrice de revenus ou aider à prendre soin des personnes malades. Étant donné que les femmes supportent une partie disproportionnée du fardeau que constituent les soins aux membres de la famille malades, le VIH/sida réduit aussi leur capacité de subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leurs familles et d'exercer une activité rémunérée. La pauvreté, l'analphabétisme et la répartition déséquilibrée des pouvoirs entre les sexes au sein des familles et des communautés limitent l'accès des femmes aux soins préventifs, aux médicaments et à un traitement. Un tel traitement est indispensable non seulement pour soulager le fardeau que représente la maladie mais aussi pour protéger les femmes contre de nouveaux abus.

22. Sous l'effet conjugué du patriarcat et d'autres formes d'oppression fondées notamment sur l'appartenance à une classe sociale, à une race, à une ethnie ou encore à la catégorie des personnes déplacées, les discriminations redoublent d'intensité, «obligeant ainsi la majorité des femmes dans le monde à faire face à des situations de double ou de triple marginalisation», comme l'a déclaré la précédente Rapporteuse spéciale, Radikha Coomaraswamy (A/CONF.189/PC.3/5, par. 2).

23. Dans certaines régions du monde, les femmes ne sont pas autorisées à posséder des biens ou à accéder à leurs propres ressources financières. Dans des régions de l'Afrique subsaharienne, par exemple, le droit d'une femme de posséder des biens dépend de sa relation avec un homme. Lorsqu'elle se sépare de son mari ou que celui-ci meurt, elle risque de perdre sa maison, sa terre, les biens d'équipement ménager et d'autres biens. Le fait que l'égalité de droits en matière de propriété ne soit pas garantie en cas de séparation ou de divorce décourage les femmes de se séparer d'un mari violent car elles risquent de devoir choisir entre la violence à la maison et la pauvreté dans la rue¹⁶. À cause des pratiques coutumières selon lesquelles les biens d'un homme reviennent, à sa mort, traditionnellement à la famille où il est né, les membres de cette famille peuvent saisir les biens de la veuve quelles que soient sa santé, sa fortune ou sa capacité de subvenir à ses propres besoins. À cause du grand nombre de décès dus au VIH, la pratique de la spoliation d'héritage est devenue de plus en plus courante en Afrique.

24. La spoliation d'héritage est souvent le dernier acte d'une suite d'événements courants pour les femmes africaines touchées par le VIH. Comme l'a rapporté un membre d'une ONG kenyane, «trop souvent au cours des dernières années, un scénario tragique et paradoxal s'est répété. Une femme qui s'est occupée de son mari atteint du sida se retrouve sans le sou lorsque celui-ci meurt car ni elle ni son mari n'ont pu verser une activité rémunératrice. La famille du mari lui prend sa maison, son jardin et ses autres biens et possessions – parfois même les casseroles – et la laisse ainsi sans toit et sans ressources juste au moment où elle tombe malade,

son mari l'ayant contaminée¹⁷.» Exposées à la violence, privées d'éducation, obligées d'assumer la tâche de plus en plus prenante de pourvoyeuses de soins, les femmes se voient en outre privées du droit de posséder des biens, ce qui les confine dans un statut socioéconomique inférieur et les rend encore plus vulnérables à la violence et à la discrimination.

25. Un moyen efficace de lutte contre la vulnérabilité économique des femmes consiste à adopter, comme l'a fait la Turquie dans son nouveau Code civil (2002), un régime de propriété prévoyant qu'en cas de divorce les biens acquis pendant le mariage sont répartis à parts égales entre l'homme et la femme, ce qui revient à reconnaître les tâches non rémunérées par lesquelles la femme contribue à la subsistance de la famille.

B. Violence contre les femmes et vulnérabilité au VIH

26. Les violences commises à l'encontre des femmes par des partenaires intimes au foyer ou par des étrangers à l'extérieur – que ce soit dans le cadre de pratiques traditionnelles admises par la communauté; dans divers établissements publics tels que les hôpitaux, les écoles ou les lieux de détention; dans le domaine transnational dans le cas des réfugiées, des travailleuses migrantes ou des victimes de la traite aux fins d'exploitation sexuelle; en temps de paix ou de conflit armé – accroissent le risque d'infection par le VIH et d'autres violences pour les femmes. La présente section porte sur les formes de violence dont les femmes sont couramment victimes et explique en quoi cela les rend plus vulnérables au VIH/sida.

1. Viols et actes de violence sexuelle

27. La violence et la contrainte sexuelles «s'inscrivent dans un continuum qui va du viol aux formes non physiques de pression visant à obliger les filles et les femmes à avoir des rapports sexuels contre leur gré. Il y a contrainte en ce sens que la femme n'a pas le choix et que si elle résiste aux avances sexuelles, elle s'expose à de graves conséquences physiques ou sociales¹⁸.». La violence et la contrainte sexuelles peuvent se produire à toutes les étapes de la vie d'une femme, et peuvent être le fait du mari, d'un membre de la famille restreinte ou de la famille élargie, d'une connaissance ou de personnes totalement inconnues. Des cas de viol de lesbiennes en raison même de leur orientation sexuelle par un agresseur qui voulait «prouver la féminité [de la victime]» ont également été signalés¹⁹.

28. Le viol ou les violences sexuelles ôtent à la femme tout contrôle sur ses relations sexuelles (quand, avec qui, comment) de sorte que le risque pour celle-ci d'être infectée par le VIH est nettement plus élevé. En cas de viol collectif, l'existence de plusieurs agresseurs et la violence qui caractérise un tel acte augmentent les risques d'infection. En outre, il est peu probable que des préservatifs soient utilisés dans de telles situations²⁰. Les rapports sexuels imposés par la force sont une composante des nombreuses formes de violence fondées sur le sexe décrites dans le présent rapport. Très souvent, l'auteur de ces violences est un parent ou une connaissance de la victime²¹.

2. Violences commises au foyer ou par un partenaire intime

29. Au foyer, la violence physique s'accompagne souvent de violence sexuelle, d'où la difficulté, voire l'impossibilité, d'avoir des rapports sexuels protégés. En conséquence, même dans le cadre du mariage et d'une relation durable, il peut arriver que des rapports sexuels

protégés soient impossibles. Les relations sexuelles dans le cadre du mariage peuvent ne pas être consensuelles; c'est souvent l'homme qui décide si une protection doit être utilisée et laquelle. Le viol conjugal existe dans toutes les cultures et n'est pas toujours considéré comme un crime. Dans de nombreuses sociétés, le fait que le viol conjugal ne soit pas interdit par la loi ou que celle-ci ne prévoie aucune réparation pour les victimes d'un tel acte contribue à perpétuer l'idée que les femmes n'ont pas d'autre choix que de se soumettre aux désirs sexuels de leur mari, dans les conditions fixées par ce dernier²². Au Nicaragua par exemple, la violence domestique est si profondément ancrée dans la culture patriarcale qu'elle est qualifiée de «croix que les femmes doivent porter²³».

30. Même si elles n'y sont pas contraintes par la force, les femmes, qui sont censées, conformément aux normes sociales, avoir avec leur mari des rapports sexuels considérés comme faisant partie de leurs devoirs conjugaux, peuvent se sentir contraintes à de tels rapports par leur mari. Des pratiques telles que le paiement d'une dot ou du «prix de la mariée» à la famille de la femme renforcent l'idée que l'homme achète littéralement sa femme et a le droit de faire d'elle ce qu'il veut. La violence est utilisée comme un moyen de contrôler la sexualité des femmes et est souvent considérée comme normale, même par les femmes. D'après des informations émanant du Gouvernement turc, «les hommes estiment que les coups et les viols qu'ils infligent à leur femme sont une affaire personnelle et considèrent le viol comme faisant partie de leur identité masculine. Les facteurs les plus manifestes qui incitent à la violence contre les femmes sont les normes sociales et la conception traditionnelle de la chasteté. Les femmes qui contestent ces normes sont punies d'une manière violente.»

31. Les femmes qui ont des comportements à haut risque agissent souvent ainsi parce qu'elles veulent faire plaisir à leur partenaire masculin ou parce qu'elles ont du mal à le convaincre de porter des préservatifs. Par exemple, d'après des renseignements émanant du Gouvernement guatémaltèque, plus de la moitié des femmes guatémaltèques ont besoin de la permission de leur mari pour utiliser une méthode de contrôle des naissances. De nombreuses femmes éprouvent des difficultés à parler de sexe avec leur partenaire ou peuvent arrêter d'utiliser une protection lorsqu'elles ont une relation durable avec ce partenaire, en signe de confiance et de loyauté envers celui-ci. Parfois, le simple fait de proposer l'utilisation d'une protection sera perçu comme une accusation d'infidélité portée contre le mari ou comme un aveu d'adultère de la part de la femme elle-même. De telles conclusions peuvent entraîner des violences à l'encontre des femmes et empêcher celles-ci de dire ce qu'elles pensent. Des recherches ont montré que, lorsque les hommes assassinent leur partenaire féminine, c'est dans un nombre non négligeable de cas parce qu'ils la soupçonnent d'être infidèle²⁴.

32. D'après le Conseil de la population, «l'augmentation spectaculaire de la fréquence des relations sexuelles non protégées [parmi les couples mariés] tient non seulement aux soupçons d'infidélité et à la méfiance que peut susciter l'utilisation de certains moyens contraceptifs tels que les préservatifs, mais aussi à un fort désir de grossesse... En moyenne, 80 % des relations sexuelles non protégées chez les adolescentes se produisent dans le cadre du mariage²⁵».

33. Tous les documents publiés sur la question soulignent que l'infidélité des hommes mariés est un facteur de risque important pour les épouses. Des études menées en Thaïlande montrent que 75 % des femmes vivant avec le VIH ont probablement été infectées par leur mari²⁶. Il ressort de recherches conduites au Maroc par l'Association de lutte contre le sida que jusqu'à 55 % des femmes vivant avec le VIH n'ont pu être contaminées que par leur propre conjoint. De

même, dans les sociétés où la polygamie est acceptable, la conséquence sociale de cette pratique est que si le mari ou l'une de ses épouses est séropositif, les autres personnes unies par ce mariage seront presque inévitablement infectées par le VIH. D'après l'ONG sud-africaine People Opposing Women Abuse, la polygamie est renforcée par le patriarcat, qui encourage la domination de l'homme dans ces relations polygames. Il s'ensuit que le rapport de force est modifié en faveur de l'homme et que les femmes ne sont pas encouragées à négocier avec leurs maris et à exercer un contrôle sur les relations sexuelles qu'elles ont avec lui.

34. Les femmes qui ont une relation durable avec un homme vivant avec le sida risquent également d'être réinfectées²⁷ parce que le virus peut subir des mutations au fil du temps sous l'effet des médicaments. Une femme qui a régulièrement des relations sexuelles non protégées avec un homme infecté par le VIH risque, même si elle a déjà contracté le VIH, d'être réinfectée par une forme mutante du virus. La réinfection rend le traitement plus difficile, voire inefficace, à la fois pour les femmes et pour les hommes. Du fait de leurs caractéristiques physiologiques et de l'impossibilité où elles se trouvent d'accéder aux soins de santé et aux traitements, les femmes risquent davantage d'être réinfectées que les hommes.

3. Violences liées aux pratiques préjudiciables

35. Le mariage forcé et le mariage des enfants sont des formes de violence fondée sur le sexe, qui réduisent la capacité des jeunes filles d'exercer un contrôle sur leur sexualité et à cause desquelles elles subissent grossesses et accouchements avant que leur corps ne soit suffisamment développé. Ces pratiques peuvent aussi être les signes avant-coureurs de la violence familiale, du travail forcé et de l'esclavage sexuel. Les jeunes femmes sont de plus en plus souvent touchées par l'épidémie du VIH/sida. Dans le monde entier, le risque de vivre avec le VIH/sida est trois fois plus élevé pour les adolescentes et les jeunes femmes que pour les jeunes hommes²⁸.

36. Les politiques nationales de lutte contre le sida tiennent de plus en plus compte de l'écart d'âge entre les partenaires sexuels, considéré comme un facteur de propagation de la maladie, étant donné que les rapports sexuels non protégés et la différence d'âge entre les conjoints sont les principaux facteurs de risque d'infection par le VIH chez les couples mariés. D'après une enquête démographique et sanitaire menée dans 26 pays, «dans les pays en développement, la majorité des jeunes filles sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans sont mariées et les adolescentes qui sont mariées sont proportionnellement davantage touchées par le VIH que celles qui ne le sont pas²⁹».

37. Des jeunes filles peuvent aussi être contraintes à des relations sexuelles précoces et brèves avec des hommes désignés dans certaines sociétés par l'expression «papas gâteaux», qui ont généralement au moins dix ans de plus qu'elles. Ces hommes amènent les jeunes filles à avoir des relations sexuelles avec eux en leur offrant des produits de première nécessité tels que de la nourriture, de l'argent ou des produits de luxe d'un coût élevé ou encore en payant leurs frais de scolarité. D'après des enquêtes menées au Kenya, en Ouganda et en Afrique du Sud, «les papas gâteaux» préfèrent les jeunes filles car ils les croient «pures» (c'est-à-dire séronégatives)³⁰. Comme il est peu probable que de tels hommes utilisent une protection, ils font courir à ces jeunes filles le risque d'être infectées par le VIH.

38. Dans certaines régions d'Afrique et d'Asie, le viol de jeunes filles est lié à la croyance populaire selon laquelle un rapport sexuel avec une jeune vierge débarrassera le corps du VIH.

Cela encourage les hommes à rechercher des partenaires de plus en plus jeunes dans le vain espoir d'être guéri. D'après une enquête menée au Cambodge dans les quartiers de prostituées, «79 % des touristes sexuels étrangers – originaires d'Asie pour la plupart – à la recherche de jeunes vierges [sont] bien organisés et sont nombreux à croire qu'un rapport sexuel avec une vierge les rajeunira, voire les guérira du sida³¹».

39. Certaines pratiques traditionnelles visant à contrôler la sexualité des femmes peuvent aussi rendre celles-ci plus vulnérables au VIH/sida. Dans certaines sociétés, les mutilations génitales féminines sont un rite de passage. Cette pratique empêche le plaisir sexuel de la femme, provoque des douleurs et des infections chroniques et entraîne parfois la mort. Les cicatrices qui résultent de ces mutilations accroissent le risque de déchirure pendant les rapports sexuels et l'accouchement. L'utilisation d'instruments non stérilisés, la présence de plaies ouvertes ou non soignées ou d'autres complications découlant de cette pratique facilitent l'entrée du VIH dans le corps. Une autre pratique traditionnelle en vigueur dans certaines cultures africaines est celle des rapports sexuels sans lubrification, qui accroît également les risques d'excoriation et, par conséquent, d'infection par le VIH.

40. Une autre tradition qui expose les femmes à un risque accru d'infection par le VIH est le lévirat. Cette pratique, qui peut revêtir des formes différentes selon les régions, consiste à remarier une veuve avec un membre de la famille ou du groupe ethnique du mari décédé. Une veuve peut ainsi être contrainte d'avoir une relation sexuelle non protégée avec le frère de son mari défunt ou avec un autre membre de la communauté afin de la «débarrasser» de l'esprit du défunt. Il ressort de recherches menées par Human Rights Watch dans une région du Kenya où cette pratique est très répandue que ladite région est aussi celle où le taux d'infection par le VIH/sida est le plus élevé³².

4. Violences liées à l'exploitation sexuelle à des fins commerciales

41. Il existe un lien direct entre la féminisation de la pauvreté et le statut socioéconomique inférieur des femmes et le travail des femmes dans l'industrie du sexe³³. Généralement, les femmes se dirigent vers ce secteur parce qu'elles n'ont ni atouts ni compétences négociables ou parce qu'elles sont contraintes ou amenées par la ruse à se prostituer. Ce qu'il est convenu d'appeler «le sexe transactionnel» consiste pour la femme à avoir des relations sexuelles dans le cadre desquelles le service sexuel est «échangé» contre des biens.

42. Le risque d'être infecté par le VIH ou de subir des violences est plus élevé pour les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe, où ces femmes ont de multiples partenaires sexuels, que pour la plupart des autres catégories de la population. D'après la Commission nationale indonésienne sur la violence contre les femmes, la plupart des travailleuses sexuelles ont de temps en temps des relations sexuelles brutales qui les rendent très vulnérables à l'infection³⁴. En outre, elles ne sont pas en mesure de négocier des relations sexuelles protégées. Des enquêtes menées en Afrique du Sud ont montré que les travailleuses sexuelles qui travaillent sur des aires de stationnement pour poids-lourds se heurtent à des réactions violentes, perdent des clients ou perdent jusqu'à 25 % de leurs revenus lorsqu'elles insistent pour que soit utilisé un préservatif³⁵.

43. Dans les pays où la prostitution est illégale, la nature clandestine de cette activité rend difficile l'application de mesures de prévention du VIH et des MST alors que, dans les pays où la

prostitution est légale mais réglementée, le fichage et les contrôles sanitaires périodiques ont généralement pour résultat de rejeter les travailleurs sexuels à haut risque dans la clandestinité³⁶. Ces personnes sont alors d'autant plus exposées à des violations de leurs droits humains qu'elles sont marginalisées³⁷.

44. L'exploitation sexuelle des femmes et des filles à des fins commerciales est devenue un commerce lucratif pour les réseaux criminels transnationaux qui pratiquent la traite transfrontière des femmes. D'après le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), entre 700 000 et 2 millions de femmes sont, tous les ans, victimes d'une traite transfrontière³⁸. Les femmes victimes de cette traite se trouvent souvent dans des situations où le risque de contracter le VIH est très élevé. D'après l'ONG russe Coalition des anges, environ un tiers des femmes qui ont été victimes d'une exploitation sexuelle criminelle à l'étranger et qui reviennent en Fédération de Russie sont porteuses du VIH. La population étant en général très ignorante sur la question du sida, ces femmes qui sont sexuellement actives et qui n'ont accès ni à des traitements ni à des conseils, lesquels ne sont généralement pas disponibles, contribuent à la propagation de l'épidémie, qui fait déjà rage dans le pays où 60 % des personnes infectées par le VIH ont entre 20 et 30 ans, comme la plupart des femmes qui ont survécu à la traite.

45. L'idée que les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe, notamment celles qui ont été victimes de traite, propagent le VIH dans la population fait de cette catégorie la cible de multiples formes de préjugés et de discrimination. Ces femmes doivent aussi faire face à des violences, aggravées par le racisme, à des barrières culturelles et linguistiques, à l'absence de documents d'identité et d'information sur leurs droits sociaux et juridiques, à la crainte d'être expulsées et à un sentiment général d'isolement. Le caractère transnational de la traite prive aussi ces femmes des mécanismes protecteurs de l'État, qui existent peut-être dans leur pays d'origine, ce qui les laisse à la merci des souteneurs et des réseaux criminels. Les femmes appartenant à des groupes minoritaires peuvent se heurter à des problèmes similaires dans leur propre pays. Par exemple, les membres de nombreuses populations minoritaires tribales vivant sur les hautes terres du nord de la Thaïlande sont privés de statut juridique bien qu'ils soient nés dans le pays. Les membres de ces groupes minoritaires «ne peuvent pas enregistrer les naissances ou les mariages, n'ont pas la possibilité de suivre des études et de travailler, n'ont pas accès aux services de soins de santé publics dans le cadre d'un plan de soins de santé accessibles à tous³⁹». Comme ils n'ont pas la nationalité thaïlandaise, il n'ont guère de chances d'avoir accès à l'enseignement et à l'emploi et deviennent une proie facile pour les trafiquants d'êtres humains à des fins sexuelles.

46. En matière de lutte contre la traite des êtres humains, l'approche intégrée qu'a adoptée le Gouvernement lituanien constitue une bonne pratique: des campagnes régionales de prévention et de sensibilisation et des programmes éducatifs ont été organisés avec la participation de la police et d'autres responsables de l'application des lois, des institutions éducatives, des travailleurs sociaux et les médias. En outre, le Ministère lituanien de la sécurité sociale et du travail a mis en œuvre des projets d'aide sociale visant à faciliter la réinsertion des victimes de la traite des êtres humains dans la société lituanienne, et en particulier leur accès au marché de l'emploi⁴⁰.

47. Il faut également prêter attention à la situation des travailleuses migrantes, même si elle est d'une nature différente de celle des femmes victimes de la traite, car nombre de ces femmes travaillent généralement dans des secteurs non réglementés. Comme leur situation au travail se

caractérise généralement par un isolement plus grand et par une protection sociale plus faible, elles risquent de ne pas avoir les informations ou le pouvoir nécessaires pour dénoncer les abus et les violences ou demander à bénéficier d'un examen médical et d'un traitement lorsqu'elles sont infectées par le VIH. Pour ces femmes, le risque est également plus grand de travailler sans bénéficier de la protection des normes du travail locales ou des droits en matière de soins de santé et de traitement, qui sont accordés aux citoyens.

48. Au Portugal, le Haut-Commissaire à l'immigration et aux minorités ethniques, poste qui a été créé pour promouvoir l'intégration des minorités ethniques dans la société, a élaboré, à l'intention des immigrés et des ressortissants étrangers qui vivent et/ou travaillent au Portugal, un guide de santé pour les aider à se protéger contre le VIH et veille à ce que les populations minoritaires et migrantes aient accès aux soins de santé, quelles que soient leur nationalité ou leur situation financière ou juridique⁴¹.

49. Le Gouvernement autrichien a rendu compte de plusieurs projets financés par l'Autriche et l'Union européenne portant sur la vulnérabilité particulière des femmes migrantes au VIH/sida, qui semble se propager au sein de cette population. Il s'agit notamment du «Projet Park» dans le cadre duquel des conseillers examinent les questions de la sexualité sans risques et de la violence fondée sur le sexe avec les femmes migrantes et donnent à celles-ci des informations sur la santé et le VIH dans différentes langues étrangères. Le Projet européen sur le VIH/sida et la mobilité gère, en collaboration avec l'AIDS Support Centre (Centre d'aide sur le sida), à Vienne, un réseau d'organisations au sein de l'Union européenne, qui offre aux migrants, aux minorités ethniques et aux populations itinérantes en Europe, hommes et femmes, des services de soins préventifs et curatifs dans le domaine du VIH/sida.

50. Au Viet Nam, l'afflux massif de travailleurs migrants dans les secteurs de la construction et de la prospection pétrolière va de pair avec l'arrivée de femmes dans les centres urbains, où elles travaillent dans le commerce du sexe, d'où l'augmentation rapide de la proportion de personnes infectées par le VIH⁴². De même, dans les situations et les zones où on trouve un grand nombre de soldats ou de forces de maintien de la paix, les femmes risquent d'être victimes d'exploitation sexuelle ou de viol, ce qui les expose au VIH.

5. Violences en période de conflit armé

51. Les conflits armés s'accompagnent souvent d'une militarisation générale de la population, qui se traduit par une violence généralisée, les femmes elles-mêmes devenant «zone de guerre». Il a été démontré que la violence contre les femmes, en particulier la violence sexuelle, a été délibérément considérée comme faisant partie intégrante de la stratégie militaire et guerrière. Le viol a été une pratique courante lors des conflits qui se sont déroulés récemment dans des pays aussi différents que la Bosnie, le Cambodge, le Libéria, le Pérou, la Somalie, le Rwanda et la Sierra Leone et continue d'être utilisé aujourd'hui en République démocratique du Congo et au Soudan, notamment. En Sierra Leone, par exemple, des femmes ont été contraintes de devenir les esclaves sexuels des forces rebelles, qui les appellent «les épouses de guerre». Les adolescentes étaient particulièrement vulnérables car elles étaient très prisées à cause de leur virginité. Au Rwanda, des actes d'une violence terrible tels que le viol collectif ont été perpétrés en toute impunité. On estime qu'un demi-million de femmes rwandaises ont été violées pendant le génocide et que 67 % des femmes violées qui ont survécu sont séropositives. Dans certains cas, des hommes qui savaient qu'ils étaient séropositifs ont délibérément violé des femmes afin

de leur transmettre le virus. Les zones ravagées par la guerre étant généralement dépourvues de médicaments et de services de santé appropriés, la séropositivité équivaut pratiquement à une sentence de mort.

52. Il arrive que des femmes qui ont survécu à un viol commis pendant un conflit armé ne sachent pas avec certitude si elles sont séropositives ou non et n'aient pas très envie d'en avoir le cœur net car en raison du traumatisme causé par un viol brutal, elles sont peut-être angoissées à l'idée de consulter un médecin ou un prestataire de soins de santé de sexe masculin. L'accès aux médicaments et aux traitements – notamment les traitements de longue durée – étant limité à cause, d'une part, du coût élevé des médicaments eux-mêmes et, d'autre part, de l'énergie et de l'argent qu'il faut dépenser pour se rendre dans un hôpital éloigné, un diagnostic de séropositivité ne fera guère qu'accroître la douleur et l'angoisse des femmes qui ont survécu à un viol. Même si un traitement était disponible, nombre d'entre elles ne seraient même pas en mesure d'en profiter. À cause de la misère dans laquelle vivent ces femmes, certaines d'entre elles n'arrivent même pas à s'alimenter correctement de telle sorte que les médicaments prescrits soient efficaces.

53. Les guerres et les conflits accroissent aussi les déplacements de population, qui exposent encore plus les femmes à la violence sexuelle et à l'infection par le VIH. Les femmes déplacées dans leur propre pays et les femmes réfugiées qui fuient les conflits deviennent vulnérables lorsqu'elles s'enfuient seules ou avec leurs enfants sans être protégées par des membres de leur communauté ou par des proches de sexe masculin. Ces femmes sont souvent victimes de violences de la part de gardes-frontières, de soldats et de membres des forces de sécurité. Des membres des forces de maintien de la paix des Nations Unies ont également été impliqués dans des affaires d'exploitation sexuelle. D'après le PNUD, «dans de nombreux pays, la proportion de personnes séropositives est considérablement plus élevée chez les militaires que dans la population générale. La possibilité bien réelle de mourir au combat explique que les hommes perçoivent l'infection par le VIH comme une menace plus lointaine⁴³».

54. Dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées dans leur propre pays, les femmes sont exposées à des risques de violence et d'agression sexuelle dans les espaces de vie ou les dortoirs communs, les installations peu sûres et situées à l'écart et les chemins sombres. Il arrive que des femmes déplacées dans leur propre pays accompagnées par un homme ne soient pas mieux loties que les femmes seules. Les hommes réfugiés, dépouillés de leur pouvoir patriarcal et de leur rôle traditionnels deviennent parfois violents à l'égard de leur partenaire. Il arrive que les femmes soient obligées d'endurer ces situations en silence, en particulier lorsque les rations alimentaires et les autres produits de première nécessité sont distribués à l'homme présumé être le chef de famille⁴⁴.

C. Violence, préjugés et discrimination à l'encontre des femmes séropositives

55. Dans le monde entier, les préjugés dont font l'objet les personnes vivant avec le VIH/sida se traduisent par des actes de discrimination et d'autres violations des droits de l'homme. Ces préjugés sont si répandus qu'on les a qualifiés d'inévitable «troisième épidémie», laquelle survient après la pandémie silencieuse de l'infection par le VIH et l'épidémie de sida proprement dite⁴⁵. Dans toutes les cultures, l'idée reçue selon laquelle les personnes qui vivent avec le VIH/sida ont contracté la maladie à cause de quelque activité déviante continue de prévaloir. Les préjugés résultent d'une mauvaise information sur la transmission de la maladie, de la peur

de la contamination et du caractère incurable de la maladie. Leur nature et leur intensité sont fonction de toute une série de facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques, notamment le stade de la maladie et le sexe de la personne infectée⁴⁶.

56. Les préjugés se traduisent par différents comportements, notamment l'exclusion physique ou sociale de la famille et de la communauté ou encore la privation de soins et de soutien de la part de la famille, de la collectivité et du système de santé. Diverses études montrent que les femmes font l'objet d'une réprobation plus directe et plus grave, ce qui aggrave encore les inégalités fondées sur le sexe ainsi que les inégalités sociales, culturelles et économiques dont elles sont déjà victimes. Lorsque des hommes contractent la maladie au cours de rapports sexuels, leur inclination à avoir plusieurs partenaires est considérée comme normale. Par contre, les femmes sont presque toujours qualifiées de femmes faciles, légères et immorales. D'après une étude menée en Afrique, «les critiques les plus sévères et d'autres formes de réprobation sont réservées aux femmes jugées responsables de l'infection par le VIH à cause d'un comportement sexuel "incorrect" ou immoral, par exemple, les femmes qui s'habillent d'une manière jugée indécente, en particulier les citadines jeunes et mobiles»⁴⁷.

57. D'après des informations reçues du Gouvernement mexicain, le Mexique a élaboré une importante stratégie en trois volets visant à prévenir les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/sida tout en s'attaquant aux préjugés et à la discrimination dont sont victimes les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe. Elle a notamment pour objectif de réduire le coût et d'accroître la diffusion du préservatif féminin, de mener, à travers les médias, une campagne d'information visant les clients et de travailler avec des groupes de la société civile afin de donner aux femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe les moyens d'améliorer leur situation socioéconomique. Une telle stratégie peut enrayer la progression de la maladie et aider à protéger efficacement les membres de ces groupes vulnérables contre la discrimination, l'exploitation et la violence lorsqu'ils contractent le VIH.

58. Les relations réciproques entre la discrimination liée au sexe, le statut sérologique et l'orientation sexuelle – souvent conjugués à des critères de race et de classe – créent de multiples formes d'oppression et de violence qui maintiennent les femmes dans un état de subordination. D'une manière générale, les femmes se heurtent constamment à des discriminations plus nombreuses et plus importantes à la maison, dans la société, sur le lieu de travail et dans le système de santé. Comme l'a expliqué une femme du Burkina Faso, «Pour [une femme], apprendre qu'elle est séropositive, c'est comme entendre une triple condamnation à mort: mort psychologique, mort sociale et, à terme, mort physique.»⁴⁸.

1. Différences de traitement au sein de la famille et de la communauté

59. Si de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida reçoivent affection et soutien de leur famille, le fardeau que représentent les soins peut peser lourdement sur les ressources financières et émotionnelles de la famille et mettre à mal sa capacité d'offrir un soutien. Parmi les conséquences possibles, on citera «la rupture des relations, l'abandon, la séparation, le refus de partager les biens ou d'autoriser l'accès aux ressources financières, l'interdiction de voir le conjoint, les enfants ou d'autres parents, l'isolement physique (par exemple, obligation de dormir à l'écart) ou l'interdiction d'entrer dans des zones ou des installations communes»⁴⁹.

60. Les femmes font l'objet d'une réprobation plus forte car on considère qu'elles ont mis en péril l'intégrité de la famille, qui est souvent mesurée à l'aune du comportement moral de la femme. Il arrive même qu'on les tienne pour responsables des faiblesses de leur mari séropositif. Les relations qui pâtissent le plus de la sérologie VIH sont les relations entre beaux-parents et brus ainsi que les relations entre conjoints. En Inde, par exemple, «même lorsque des parents savent que leur fils est allé voir des prostituées, ils en rejettent la responsabilité sur l'épouse au motif qu'elle n'a pas su "contrôler" son mari. Elle n'a pas su s'acquitter de son rôle d'épouse, ce qui justifie son rejet par la famille.»⁵⁰. Rejetée par la famille de son défunt mari, la veuve, privée de la plupart de ses ressources et parfois jugée indésirable dans sa propre famille, se retrouve dans un état de dépendance.

61. Une étude menée en Ouganda sur les couples dans lesquels l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif («couples sérodiscordants») a montré que lorsqu'elles sont en bonne santé, les femmes ont tendance à rester avec leur mari ou leur partenaire et à le soutenir alors que lorsqu'elles sont séropositives, elles sont souvent victimes de violence ou abandonnées par leur partenaire séronégatif⁵¹. Une étude menée en Inde est parvenue à une conclusion similaire: «dans les couples sérodiscordants, le risque d'être rejeté par son conjoint et par la famille de celui-ci et de se retrouver seul est plus élevé pour une femme séropositive que pour un homme séropositif»⁵². On a abouti aux mêmes conclusions dans des contextes très divers dans le monde entier.

62. L'homme tient parfois pour responsable de sa séropositivité sa partenaire, avec qui il vit souvent depuis longtemps, alors que c'est lui-même qui l'a contaminée. Il arrive que des hommes infectés par le VIH contaminent sciemment leur épouse, parce qu'ils sont convaincus qu'ils ont le droit de continuer à avoir du plaisir en ayant des rapports sexuels non protégés ou parce qu'ils considèrent injuste de devoir souffrir seuls de leur maladie. En outre, il leur arrive de rejeter la responsabilité sur leur épouse même si c'est eux qui sont responsables de leur propre contamination. Comme l'a dit un homme en Zambie, «je pourrais transmettre la maladie à ma femme et ensuite lui dire d'aller subir un contrôle de dépistage du sida. Si elle est déclarée positive, je l'accuserai et je dirai à toute la communauté que c'est elle qui m'a contaminé.»⁵³.

63. Les familles qui soignent et soutiennent une personne infectée peuvent aussi être montrées du doigt et mises en quarantaine par la société. Il arrive que des membres d'une collectivité craignent pour leur santé lorsqu'une personne infectée par le sida vit parmi elles. Il arrive même, dans des cas extrêmes, que des communautés rejettent les personnes qui vivent avec le VIH/sida et les obligent, elles et/ou leur famille à déménager⁵⁴. Le rejet et l'isolement social créent une détresse affective et aggravent les effets physiques de la maladie. «Parfois, ce n'est pas la maladie qui tue ces patients mais les propos et les remarques méchantes des gens. Les commérages affectent plus durement les femmes car elles sont généralement plus dépendantes que les hommes des réseaux sociaux»⁵⁵. La crainte de la réprobation peut amener des familles à dissimuler un diagnostic de séropositivité, ce qui crée une angoisse et une dépression considérables au sein de la famille⁵⁶.

2. Réalisation de tests de dépistage et divulgation d'informations sur la sérologie VIH sans le consentement des intéressés

64. En matière de dépistage, si l'on adopte une approche fondée sur les droits de l'homme, on veille à ce que les intéressés donnent leur consentement en connaissance de cause et bénéficient

de conseils avant et après le test. Le fait de procéder à des tests et d'en divulguer les résultats sans le consentement des intéressés non seulement viole les droits de ces personnes mais aussi conduit à des discriminations et à des préjugés. Sur le lieu de travail, on recourt souvent à de telles pratiques pour refuser d'embaucher ou pour licencier une personne dont un test a révélé la séropositivité. De telles pratiques ont cours dans les secteurs les plus féminisés tels que les services, le spectacle et les loisirs et le tourisme ainsi que pour les emplois précaires et peu qualifiés. D'après Human Rights Watch, ces pratiques sont particulièrement répandues dans la région des Caraïbes. En République dominicaine, «pratiquement toutes les femmes vivant avec le VIH ... qui avaient travaillé auparavant dans le secteur formel ont dit qu'elles avaient cessé de postuler un emploi par crainte de subir un test, de se voir refuser le poste, d'être rejetées par leur communauté, voire d'être abandonnées par leur partenaire»⁵⁷.

65. Les gouvernements s'intéressent de plus en plus à la question du harcèlement et des abus sexuels dont sont victimes les femmes sur le lieu de travail. Le Gouvernement éthiopien, par exemple, a fait savoir qu'il procède actuellement à une évaluation pluriannuelle des pratiques concernant le VIH/sida qui ont cours dans les services de prévention, de lutte, de soins et de soutien accessibles aux ouvrières d'usine. Cette évaluation vise à déterminer de quelle manière le harcèlement sexuel, l'exploitation et la séduction dont les femmes sont victimes de la part de leurs supérieurs et/ou de leurs collègues masculins contribuent à l'infection des travailleuses par le VIH.

66. Les tests pratiqués sans le consentement des intéressés dans le secteur de la santé ont les mêmes conséquences désastreuses. En Inde, par exemple, des femmes venues recevoir des soins prénatals ont dû subir contre leur gré des tests dont les résultats ont été portés à la connaissance de leurs amis et de leur famille⁵⁸. «Dans le cas des femmes enceintes, la confidentialité n'apparaissait même pas comme un problème. Parfois, les femmes n'étaient pas informées de leur séropositivité. Cependant, les maris étaient souvent informés, partant du principe que ce serait eux qui décideraient de la conduite à tenir – à savoir: interrompre ou non la grossesse et faire eux-mêmes le test VIH ou non⁵⁹.» La crainte d'être traitées de cette façon et d'être associées au VIH décourage de nombreuses femmes de se faire soigner régulièrement.

67. Comme les tests font généralement partie intégrante des soins prénatals, la sérologie VIH d'une femme risque davantage d'être révélée dans un hôpital ou une clinique où le principe de confidentialité est souvent violé, en particulier lorsqu'il s'agit du VIH. En outre, si le personnel de santé est théoriquement mieux informé que le grand public sur les modes de transmission du VIH, cela ne se traduit pas nécessairement par une attention et un traitement mieux adaptés aux besoins des personnes séropositives. C'est dans les domaines liés à la planification familiale, à la grossesse et à l'éducation des enfants que les femmes infectées par le VIH sont victimes de la discrimination la plus grave. La décision d'avoir ou non un enfant et les informations sur les moyens d'éviter de transmettre la maladie à l'enfant à naître ou au nouveau-né expliquent que les femmes fassent l'objet d'une très grande attention: la grossesse et l'éducation des enfants sont des domaines vers lesquels convergent de multiples préjugés émanant de la famille, de la société et du personnel de santé.

3. Droits en matière de procréation

68. La transmission mère-enfant peut avoir lieu pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou pendant l'allaitement, auquel cas ce sont les mères séropositives et elles seules qui sont tenues

pour responsables de l'infection de leur enfant, ce qui constitue une autre source de discrimination fondée sur le sexe pour les femmes vivant avec le virus. Dans de nombreux pays, il arrive que les femmes ne bénéficient d'un traitement que lorsqu'elles sont enceintes afin de prévenir la transmission du virus à l'enfant.

69. Il arrive que l'on conseille aux femmes enceintes infectées par le VIH d'interrompre leur grossesse ou que l'on fasse pression sur elles pour qu'elles interrompent leur grossesse. En Ukraine, par exemple, où nombre d'obstétriciens et de gynécologues n'ont jamais reçu de formation concernant le VIH/sida, il arrive que ces médecins recommandent immédiatement l'avortement aux femmes vivant avec le VIH, lorsqu'il apparaît qu'elles sont enceintes⁶⁰. Au Venezuela, où il n'y aurait pas d'interventions sexospécifiques concernant le VIH/sida, des femmes auraient été stérilisées de force⁶¹. Une ONG vénézuélienne a réuni des informations sur le cas d'une adolescente infectée par le VIH qui a été stérilisée à son insu ou sans son consentement dans une maternité après avoir accouché⁶². Outre qu'elle constitue une violation fondamentale des droits en matière de procréation des femmes, la stérilisation forcée ne présente pas grand intérêt sur le plan de la prévention du VIH. Par ailleurs, elle risque de saper le pouvoir de négociation des femmes en rendant inutile l'utilisation du préservatif comme moyen contraceptif⁶³.

70. Pour les femmes qui vivent avec le VIH, le stress de la grossesse est encore aggravé par le fait qu'on refuse de leur dispenser les soins médicaux nécessaires: elles risquent alors d'être obligées d'accoucher seules ou de compter sur l'aide des accoucheuses traditionnelles. Accoucher dans ces conditions peut mettre en danger la vie de la mère et de l'enfant et fait courir aux personnes qui aident la mère à accoucher le risque d'être infectées par le VIH.

71. Dans la plupart des sociétés, les femmes vivant avec le VIH qui décident d'avoir des enfants sont critiquées et rendues responsables de l'infection de leurs enfants. «En Inde, la maternité est considérée comme le couronnement de la féminité. Le risque de contracter le VIH étant de plus en plus grand pour les femmes mariées et monogames, ... on a signalé qu'il était courant que des femmes soient déconsidérées et condamnées pour avoir transmis l'infection à l'enfant à naître. La condamnation est encore plus forte si c'est un garçon qui est infecté, du fait de la grande importance qui est attachée aux enfants de sexe masculin⁶⁴.» En fait, il arrive que des nouveau-nés soient séparés de leur mère lorsque celles-ci vivent avec le sida. Une ONG marocaine, l'Association de lutte contre le sida, a mis en évidence de nombreux cas de femmes séparées de leurs enfants et chassées de leur foyer. Ces femmes vivent dans des centres sociaux, où l'on connaît leur situation et où elles sont traitées avec mépris, voire avec violence.

D. Difficultés d'accès aux soins de santé

72. La discrimination fondée sur le sexe limite l'accès des femmes aux soins de santé concernant la prévention, le dépistage et le traitement du VIH. Le préservatif constitue la protection la plus efficace contre les maladies sexuellement transmissibles et pourtant, «moins de la moitié de toutes les personnes exposées à l'infection par le VIH peuvent s'en procurer, souvent pour la simple raison qu'ils sont produits en nombre insuffisant»⁶⁵. Les préservatifs féminins sont encore plus difficiles à obtenir bien qu'ils permettent aux femmes d'exercer un meilleur contrôle sur leurs relations sexuelles. Obtenir l'accord de son partenaire, tel est au bout du compte le principal problème que doit résoudre une femme pour que puisse

être utilisé un préservatif, masculin ou féminin. Si l'homme refuse, la santé de la femme est mise en péril.

73. L'homme peut, par la violence ou par des menaces de violence, dissuader sa partenaire de subir un test de dépistage. D'après une étude menée en Tanzanie, «le premier obstacle à la réalisation d'un test de dépistage du VIH et à la révélation du statut sérologique est, selon les femmes interrogées, la peur d'un conflit avec leur partenaire»⁶⁶. Le risque de faire l'objet de violences de la part du partenaire est trois fois plus élevé pour les femmes vivant avec le VIH que pour les femmes séronégatives. Ce risque est 10 fois plus grand pour les jeunes femmes séropositives que pour les jeunes femmes séronégatives⁶⁷. Si les femmes se heurtent à des obstacles pour subir un test de dépistage et ont peur que les résultats de ces tests soient divulgués, c'est avant tout à cause de la violence dont elles font l'objet. Des études menées en Afrique et en Amérique latine ont montré que les hommes ont recours aux tests de dépistage dans un souci de prévention ou pour s'assurer qu'eux-mêmes et/ou leur partenaire sont séronégatifs avant de s'engager dans une relation. En outre, les hommes sont en général plus nombreux que les femmes à décider de leur propre initiative de subir un test et d'en communiquer de leur plein gré les résultats à leur partenaire. De leur côté, les femmes décident de subir un test, souvent avec l'autorisation de leur partenaire, afin de confirmer leur statut sérologique, en particulier à la suite du décès de leur enfant ou de leur partenaire, ou dans le cadre d'examen de santé génésique⁶⁸.

74. À l'échelle mondiale, un cinquième seulement des personnes qui ont besoin d'un traitement médical pour le VIH bénéficient d'un tel traitement⁶⁹. Les hommes ont non seulement la priorité pour recevoir un traitement mais ils pèsent aussi sur les décisions concernant le traitement de leur épouse. Au Kenya, au Botswana et en Zambie, des femmes ont indiqué qu'elles avaient été obligées par leur mari, qui craignait à tort que les médicaments qu'on leur avait donnés pour lutter contre le VIH puissent être nocifs pour le fœtus, de rendre ces médicaments⁷⁰. Des pratiques telles que la *purdah*, en vigueur dans les sociétés musulmane ou hindoue, limitent l'accès des femmes au traitement lorsque aucun membre féminin du personnel de santé n'est disponible.

75. Pour les femmes, la pauvreté constitue aussi un obstacle au traitement étant donné le coût élevé des antirétroviraux. Même lorsque ces médicaments sont distribués gratuitement, le fait de devoir s'absenter du travail pour se rendre du lieu de travail à la clinique entraîne une perte supplémentaire de salaire pour les femmes qui exercent une activité faiblement rémunérée, sans parler des autres frais qui peuvent être encourus pendant le traitement. «Les prestataires de soins de santé, qui disposent souvent de moyens très limités, ignorent parfois, faute d'informations précises, qui est exempté de ces frais et parfois font payer certaines prestations d'une manière officieuse afin d'accroître les revenus de la clinique ou les leurs⁷¹. De tels frais, même s'ils sont minimes, sont souvent supportés par les personnes les plus pauvres de la société, généralement des femmes, qui doivent opérer des choix entre les différents postes de leur budget (alimentation, logement, autres biens de première nécessité, d'une part, et médicaments, de l'autre).

76. Il arrive que les femmes, qui sont généralement moins mobiles que les hommes, ne soient pas en mesure d'accéder aux centres de soins, même lorsqu'il existe un système de soins de santé ouvert à tous. Il arrive qu'elles aient du mal à payer le transport entre leur domicile et la clinique et vice versa ou encore à faire face à des dépenses telles que les frais de garde d'enfants.

En outre, les femmes ne peuvent souvent pas utiliser de manière efficace les services de santé existants car les horaires et le mode de fonctionnement de ces services ne sont pas compatibles avec leurs horaires de travail et leurs responsabilités familiales. Le Gouvernement brésilien gère l'un des programmes de lutte contre le VIH/sida les plus réussis du monde, qui comprend notamment des tests gratuits de dépistage des MST et du VIH, la distribution gratuite de préservatifs masculins et féminins ainsi que l'offre de services de prévention pour les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe et les toxicomanes par voie intraveineuse.

Le Gouvernement mène aussi une action éducative sur des questions telles que la citoyenneté et les droits de l'homme. Malgré ces efforts de grande ampleur, on estime que jusqu'à 90 % des Brésiliennes qui vivent à la campagne ne se rendent pas aux consultations prénatales et/ou ne profitent pas des services gratuits car elles n'ont aucun moyen de se rendre dans les cliniques situées dans les zones urbaines⁷². L'Afrique du Sud a pris d'importantes mesures pour lutter contre la violence envers les femmes et les filles et s'efforce notamment d'offrir un traitement prophylactique après exposition au VIH aux femmes qui ont été violées. Les provinces du Cap occidental et de Gauteng fournissent des services juridiques et sanitaires aux victimes de viol et la National Prosecuting Authority (Autorité nationale chargée des poursuites) ainsi que le tribunal de première instance de Durban ont fait d'importants progrès en ce qui concerne la mise en place de tribunaux spécialisés dans les infractions sexuelles⁷³.

E. Accès à la justice

77. Dans le contexte de la pandémie de VIH/sida, les inégalités entre les sexes se sont avérées fatales. La violence, la discrimination et les préjugés fondés sur le sexe se renforcent les uns les autres et assujettissent les femmes, ce qui rend celles-ci plus vulnérables à l'infection et réduit leurs chances d'accéder à des traitements et à des soins efficaces. Bien qu'il soit de plus en plus largement admis que le VIH est un problème de droits de l'homme à la fois fondamental et intersectoriel, les femmes rencontrent des difficultés pour accéder à la justice à cause des effets conjugués de l'inégalité, de la violence et du VIH. On pourra ainsi demander à une victime de violence fondée sur le sexe qui demande réparation en justice de décrire les faits en public devant un auditoire insensible et mettre en question sa personnalité et son mode de vie au cours de la procédure. Les préjugés associés au viol et aux autres formes de violence sexuelle aggravent les préjugés associés au VIH, compliquant ainsi l'accès des femmes à la justice en créant des obstacles à tous les stades de la procédure judiciaire. Comme l'a souligné la précédente Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, «les femmes qui appartiennent à un groupe racial ou ethnique particulier peuvent, à cause de leur sexe et/ou de leur appartenance à ce groupe, être touchées de manière disproportionnée par l'analphabétisme, l'incapacité juridique, les pressions sociales et d'autres barrières sociales» (A/CONF.189/PC.3/5, par. 34). Les femmes qui subissent des discriminations, que ce soit en raison du VIH/sida ou dans d'autres domaines, ne pourront obtenir réparation tant que n'auront pas été éliminés les préjugés sexistes qui subsistent dans les lois et le système judiciaire.

78. Le droit international des droits de l'homme fournit le cadre juridique dans lequel peuvent s'inscrire des mesures sexospécifiques de lutte contre l'épidémie. Le VIH et le sida sont inextricablement liés aux droits en matière de procréation et de sexualité dont la mise en œuvre s'inscrit dans le cadre de relations inégalitaires entre la femme et l'homme, le rapport de forces étant favorable à ce dernier. Ainsi, le droit des femmes de faire des choix en matière de procréation et de sexualité est souvent violé par les hommes.

79. Comme le montre le présent rapport, la manière particulière dont sont traitées les femmes vivant avec le VIH/sida se traduit par des restrictions à un plus large éventail de droits, notamment les droits à la vie, à la santé, au travail, à l'éducation, à la vie privée, à la non-discrimination et à une égale protection de la loi. Étant donné que la discrimination fondée sur le sexe influe sur les mesures prises pour faire face au VIH/sida et que les droits humains des femmes et des filles s'en trouvent affectés, la protection et la promotion des droits de l'homme jouent un rôle essentiel pour empêcher la propagation du VIH et pour atténuer les conséquences sociales et économiques de la pandémie.

III. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

80. Les programmes visant à prévenir et à traiter le VIH/sida ne peuvent réussir si l'on ne remet pas en cause le rapport de forces inégal entre les hommes et les femmes. Comme le démontre le présent rapport, la conjonction de la violence contre les femmes et du VIH, qui revêt des formes multiples, accroît le risque que courent les femmes d'être infectées par le VIH, d'être traitées d'une manière particulière une fois infectées, d'être condamnées par la société et d'être, de ce fait, victimes de nouvelles violences. Si l'on veut freiner la propagation de la maladie, il faut absolument reconnaître l'importance de l'inégalité entre les sexes et de ses manifestations, en particulier pour les jeunes femmes et les femmes appartenant à des minorités, à des groupes autochtones et à d'autres groupes marginalisés. La subordination des femmes dans de nombreux domaines, qui les rend plus vulnérables à la violence, limite leurs droits en matière de procréation et de sexualité, aggrave les préjugés et la discrimination dont elles font l'objet et restreint leur accès aux soins de santé, ainsi que la féminisation de la pauvreté sont à la fois des causes et des conséquences du VIH.

81. Bien que nombre de femmes contractent le VIH/sida en subissant des violences, les États n'ont toujours pas pleinement reconnu la corrélation entre ces deux pandémies qui se renforcent mutuellement ni pris des mesures en conséquence. Le plus souvent, les gouvernements ne tiennent pas compte de la discrimination fondée sur le sexe lorsqu'ils élaborent leurs politiques concernant le VIH/sida, comme en témoigne l'absence, dans la plupart des pays, de données sur le VIH ventilées par sexe.

82. La plupart des stratégies d'intervention visent généralement des groupes particuliers tels que les migrants ou les femmes qui font l'objet d'une traite à des fins d'exploitation sexuelle. De tels programmes sont importants; toutefois, il faut adopter une approche intégrée si l'on veut s'attaquer aux conséquences de l'inégalité entre les sexes tout en atteignant des groupes à risque particuliers. Les politiques et les plans d'action nationaux seraient considérablement plus efficaces s'ils reconnaissaient la corrélation entre les deux pandémies que sont le VIH et la violence contre les femmes et prévoyaient des mesures qui en tiennent compte.

83. Il faut aussi créer des conditions favorables permettant aux femmes d'avoir la maîtrise de leur vie sur le plan de la sexualité et de la procréation et d'exercer un éventail plus large de droits politiques, économiques, sociaux et culturels. Cela va des programmes «tenant compte des sexospécificités» qui reconnaissent que les hommes et les femmes peuvent avoir des besoins différents aux «mesures d'autonomisation», qui ont pour but d'accroître la capacité et la possibilité qu'ont les femmes de prendre des initiatives et

d'avoir droit de regard sur les questions relatives à leur vie en passant par les «interventions de transformation» qui visent à «modifier les causes profondes des inégalités entre les sexes»⁷⁴.

84. Je rappelle les objectifs internationalement reconnus qui sont énoncés dans différents textes de l'Organisation des Nations Unies et j'appuie pleinement les recommandations pertinentes que les gouvernements se sont engagés à appliquer. Étant donné les conclusions du présent rapport, le principe de l'égalité entre les sexes et les droits humains des femmes, je voudrais formuler les recommandations suivantes en vue d'une action coordonnée face au VIH/sida.

A. Éliminer la violence contre les femmes

- S'employer activement à appliquer pleinement les dispositions de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 48/104;**
- Promulguer et appliquer des lois tenant compte des sexospécificités et des normes relatives aux droits de l'homme en vue de s'attaquer aux causes profondes du problème, notamment par l'adoption de lois sur la violence domestique, la criminalisation du viol conjugal, le relèvement de l'âge légal du mariage et l'interdiction des mariages forcés et l'application de lois sur la traite des êtres humains et l'exploitation sexuelle à des fins commerciales en vue de protéger les victimes et de poursuivre les auteurs de ces actes et leurs complices;**
- Compléter les réformes législatives et les programmes d'autonomisation par des campagnes de «négociation culturelle» visant à sensibiliser davantage le public à la nature oppressive et discriminatoire de certaines pratiques qui ont cours au nom de la culture;**
- Mener des campagnes de sensibilisation aux sexospécificités visant à lutter contre la violence à l'égard des femmes en tant que produit d'un rapport de force inégal entre les sexes et dissiper les préjugés relatifs aux femmes et aux hommes, qui encouragent les comportements violents;**
- Procéder à une analyse des sexospécificités lors de l'élaboration des politiques générales afin de mettre en évidence les formes multiples et variées de violence résultant des effets conjugués de l'inégalité entre les sexes et d'autres sources d'oppression et observer quand et comment les inégalités entre les sexes se reproduisent.**

B. Étudier les dimensions sexospécifiques du VIH/sida, de la discrimination et des préjugés

- Promulguer des lois générales de lutte contre la discrimination qui soient compatibles avec les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme (HR/PUB/98/1), ou modifier en ce sens les lois antidiscriminatoires existantes,**

en particulier en ce qui concerne toutes les personnes vivant avec le VIH/sida; veiller à ce que les tests de dépistage du VIH ne soient pas pratiqués sans le consentement des intéressés, garantir la confidentialité des résultats dans tous les secteurs, et garantir les droits des femmes à la santé en matière de sexualité et de procréation, y compris leur liberté de procréation;

- Investir dans les méthodes de prévention du VIH/sida contrôlées par la femme, qui donnent à celle-ci le pouvoir immédiat de se protéger pendant les rapports sexuels. Le préservatif féminin est une méthode de prévention fiable actuellement disponible sur le marché, qui réduit les risques de contracter une MST ou le VIH;
- Dispenser aux inspecteurs du travail, aux prestataires de soins de santé, aux juges, aux avocats et aux autres personnes compétentes une formation qui leur permette de suivre et d'appliquer des politiques et des méthodes non discriminatoires lorsqu'ils ont affaire à des femmes séropositives;
- Recueillir des informations et enquêter sur les violations systématiques liées au VIH des droits de l'homme des malades et engager des poursuites contre les auteurs de ces violations;
- Donner une éducation sexuelle globale et des cours de préparation à la vie active, comprenant des informations factuelles sur le VIH/sida et sur la manière dont il se transmet, pour assurer la protection des personnes et prévenir les préjugés et la discrimination. Il faudrait s'efforcer d'atteindre les catégories de la population qui ont un accès limité aux programmes de base à cause de la pauvreté, d'une barrière linguistique ou d'autres obstacles;
- Procéder à des essais cliniques sur les médicaments et les vaccins contre le VIH, qui soient adaptés aux besoins de chaque sexe. Il faudrait mener davantage de recherches sur les effets des antirétroviraux sur les corps des jeunes femmes, en particulier leur incidence sur la fécondité. Les femmes et les adolescentes devraient être davantage associées aux essais cliniques sur les vaccins contre le VIH.

C. Assurer l'accès des femmes aux soins de santé dans des conditions d'égalité

- Garantir l'accès des femmes aux soins de santé, aux tests de dépistage du VIH et aux traitements en mettant en place des centres de santé mobiles, en réduisant ou en supprimant les frais encourus et en proposant, à des prix abordables, des antirétroviraux et des soins de santé aux enfants dans des centres de soins, entre autres prestations. Compte tenu de la pudeur ou des inhibitions que peuvent avoir les femmes, garantir à celles-ci suffisamment d'intimité dans les centres de soins ou recruter suffisamment de soignants de sexe féminin. Des femmes vivant avec le VIH peuvent être recrutées pour inciter les femmes à suivre un traitement ou participer à la fourniture des soins, de telle sorte que les soins soient adaptés aux besoins des femmes;

- Fournir des services de conseil et test volontaires (CTV), les conseils étant donnés avant et après les tests, afin de faciliter une modification des comportements et de servir de point d'entrée pour les activités de soins et de soutien aux personnes dépistées positives. Les activités de CTV permettent aussi d'aborder la maladie d'une manière globale et de prendre en considération non seulement les aspects physiques de la maladie mais aussi ses aspects sociaux et psychologiques. Ces activités sont particulièrement importantes pour les femmes enceintes qui prennent des décisions concernant les soins prénatals et postnatals. Les conseillers CTV peuvent aussi contribuer à la prévention de la violence fondée sur le sexe lorsqu'ils ont été formés à observer les règles de confidentialité et à poser des questions sur la violence du partenaire. Des activités de conseil efficaces en faveur des femmes vivant avec le sida et de leur famille aident les femmes à faire face aux problèmes physiques et psychologiques dus à la maladie;
- Veiller à ce que les victimes de violence sexuelle reçoivent des soins complets, comprenant notamment l'administration de médicaments antirétroviraux connue sous le nom de prophylaxie postexposition. Ce traitement peut protéger contre une infection par le VIH s'il est administré immédiatement après des rapports sexuels ou une agression sexuelle. Dans les situations de conflit et d'urgence, ces médicaments devraient faire partie des trousseaux de santé génésique fournies aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et aux réfugiés.

D. Donner aux femmes les moyens de jouir pleinement de tous les droits humains

- Ratifier les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, en particulier la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et son Protocole facultatif;
- Donner aux femmes et aux filles accès, dans des conditions d'égalité, aux programmes d'alphabétisation, à l'enseignement, à la formation professionnelle et à l'emploi;
- Renforcer l'indépendance économique des femmes, notamment en leur donnant accès à la terre, au crédit, à la vulgarisation agricole, au droit à l'héritage, et à la formation à la gestion d'entreprises et à la direction d'équipes;
- Aider les femmes à s'acquitter de leur rôle de dispensatrices de soins afin d'alléger le fardeau que constituent les soins aux malades du sida et qui, dans une large mesure, repose sur elles, par le biais d'activités de formation, de mécanismes de protection sociale et d'un soutien financier;
- Adopter une démarche soucieuse de l'égalité entre les sexes dans l'établissement de tous les plans et allocations budgétaires.

E. Encourager la mise en place d'une coalition mondiale contre le VIH/sida et rejoindre cette coalition et, en tant que communauté d'États, prendre collectivement les mesures suivantes

- **Veiller à ce que, dans le monde entier, les pauvres aient accès à des médicaments d'un prix abordable, soutenir une politique favorable aux médicaments génériques et demander aux entreprises pharmaceutiques de réduire le prix des médicaments;**
- **Agir en faveur de la démilitarisation et condamner avec force toutes les formes de violence contre les femmes et les filles en période de conflit armé et punir toutes les parties coupables;**
- **Soutenir la recherche sur les vaccins contre le VIH, les microbides et les autres méthodes de prévention contrôlées par la femme;**
- **Donner la priorité au soutien politique et financier au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.**

Notes

¹ The impact and implications of the construction of male sexuality on women, violence against women and women's sexual and bodily autonomy was discussed, noting that the construction of male sexuality makes women particularly vulnerable to violence. Sexuality and violence against women was examined in light of growing fundamentalisms, militarization and situations of armed conflict and the rise of neo-liberal globalization in the region.

² For further details, papers and recommendations see: Sexuality and Violence against Women: Access to Justice, Summary Report of study workshop and Asia Pacific Consultation with the Special Rapporteur on violence against women, Jakarta, Indonesia, 25-28 July 2004, APWLD, Forum Asia, Komnas Perempuan.

³ See the final report of the First African Regional Consultation on violence against women with the Special Rapporteur on violence against women and the Special Rapporteur of the African Commission on Human and Peoples Rights on Women's Rights, Khartoum, Sudan, 25-26 September 2004, prepared by the Geneva Institute for Human Rights.

⁴ I would like to acknowledge and thank Jennifer Dreizen for her desk-based research which greatly assisted in the preparation of this study.

⁵ See Human Rights Watch, *Policy paralysis: A call for action on HIV/AIDS-related human rights abuses against women and girls in Africa* (December 2003).

⁶ I requested information from Governments on action taken to address violence against women in the face of the HIV/AIDS pandemic, including progress made and remaining gaps as well as suggestions on how to remedy women's susceptibility to the disease. Governments reporting included Afghanistan, Armenia, Austria, Azerbaijan, Bolivia, Brazil, Costa Rica, Croatia, Czech Republic, Estonia, Ethiopia, Finland, Guatemala, Honduras, Kyrgyzstan, Lithuania, Luxembourg, Maldives, Mauritius, Mexico, Poland, Portugal, Slovakia, Spain, Switzerland, Syria Arab Republic, Trinidad and Tobago, Turkey and Ukraine.

⁷ UNAIDS, *Aids Epidemic Update* (December 2004). http://www.unaids.org/wad2004/report_pdf.html.

⁸ UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*, 2004. http://www.unaids.org/Unaid/EN/In+focus/Topic+areas/Women_gender.asp.

⁹ Ibid.

¹⁰ UNAIDS fact sheet, "Women and AIDS: A Growing Challenge". <http://www.unaids.org/bangkok2004/factsheets.html>.

¹¹ Health Canada, *HIV/AIDS Among Aboriginal Persons in Canada: A Continuing Concern* (2003), p. 2. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepl/hiv-vih/aborig_e.html.

¹² WHO/UNAIDS press release. www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr59/en/.

¹³ Paxton, S. and the International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), 2004. Oh! This one is infected!: Women, HIV and Human Rights in the Asia-Pacific Region. See also UNDP.HIV and Development Programme. Young Women: Silence, Susceptibility and the HIV Epidemic.

¹⁴ According to a OECD/UNESCO study, two-thirds of the 113 million children out of school are girls. http://www.oecd.org/document/48/0,2340,en_2649_37423_2969008_1_1_1_37423,00.html.

¹⁵ An average of 75 per cent among men, as compared to 65 among women. However, in the least developed countries, these differences are much wider. World Bank, *Inequalities in Knowledge of HIV/AIDS Prevention: An Overview of Socio-Economic and Gender Differentials in Developing Countries*, 2001.

¹⁶ Human Rights Watch, *Double Standards: Women's Property Rights Violations in Kenya* (2003), p. 25.

¹⁷ Jane Kiragu, International Federation of Women Lawyers, Kenya (FIDA-K) on the Family Health International web site. (www.fhi.org).

¹⁸ Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M. 1999. "Ending Violence against Women". *Population Reports*, Series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program: 9 <http://www.infoforhealthh.org/pr/111/violence.pdf>.

¹⁹ Gender Project, Community Law Center, University of the Western Cape, *Strategic Interventions: Intersections between Gender Based Violence and HIV/AIDS* (2003), p. 7. See also Human Rights Watch, *Hated to Death: Homophobia, Violence and Jamaica's HIV/AIDS Epidemic* (2003).

²⁰ WHO, *Violence against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda* (2000), p. 6.

²¹ WHO, *World Report on Violence and Health* (2002), p. 89.

²² Human Rights Watch, *Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda*, 2003, p. 25.

²³ OMCT, *Violence against Women in Nicaragua*, 2001, p. 12.

²⁴ Centre for the Study of Violence and Reconciliation, *Violence, Vengeance and Gender: A Preliminary Investigation into the Links between Violence against Women and HIV/AIDS in South Africa* (2001), p. 10.

²⁵ Population Council, *The Implications of Early Marriage for HIV/AIDS Policy*, 2004, p. 1.
<http://www.popcouncil.org/pdfs/CM.pdf>.

²⁶ UNAIDS (see note 10 above).

²⁷ Human Rights Watch, *Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda*, 2003, p. 25.

²⁸ See note 8 above, *Confronting the Crisis*.

²⁹ See note 25 above.

³⁰ Kaisernetwork.org. 2004. "'Sugar Daddies' Contribute to Spread of HIV in Africa, Experts Say." http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=24805

³¹ Liam Cochrane, "Sex Tourists Seek Virgins", *The Cambodia Daily* (6 July 2004).

³² Human Rights Watch, *Double Standards: Women's Property Rights Violations in Kenya* (2003).

³³ On this subject, see UNAIDS, *Sex Work and HIV/AIDS: Technical Update* (2002), especially pp. 2 and 7.

³⁴ "Sexuality, Violence and HIV/AIDS in Indonesia", presentation by Nafsiah Mboi, Vice-Chair, Indonesian National Commission on Violence Against Women, during the meeting with the Special Rapporteur in Jakarta in June 2004.

³⁵ Abdool Karim, 1998, "Women and AIDS - the imperative for gendered prognosis and prevention policy". Agenda No. 39: 15-25.

³⁶ See World Bank, *AIDS in Latin American Countries: The Challenges Ahead* (2003), p. 7.

³⁷ See, for example, the following reports by Human Rights Watch: *Ravaging the Vulnerable: Abuses Against Persons at High Risk of HIV Infection in Bangladesh*, vol. 15, No. 6 (C), (August 2003); *Epidemic of Abuse: Police Harassment of HIV/AIDS Outreach Workers in India*, vol. 14, No. 5 (C), (July 2002); *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*, vol. 16, No. 5 (D), (April 2004).

³⁸ See www.unfpa.org/gender/trafficking.htm.

- ³⁹ Physicians for Human Rights, *No Status: Migration, Trafficking and Exploitation of Women in Thailand - Health and HIV/AIDS Risks for Burmese and Hill Tribe Women and Girls* (2004), p. 8. <http://www.phrusa.org/campaigns/aids/pdf/nostatus.pdf>.
- ⁴⁰ Information received from the Government of Lithuania.
- ⁴¹ Information received from the Government of Portugal.
- ⁴² Horizons and Population Council, *Expanding Workplace HIV/AIDS Prevention Activities for a Highly Mobile Population: Construction Workers in Ho Chi Minh City* (2003).
- ⁴³ UNDP, *Dying of Sadness: Gender, Sexual Violence and the HIV Epidemic*, SEPED Conference Paper Series No. 1, (2002), p. 4.
- ⁴⁴ United Nations High Commissioner for Refugees, *Sexual and Gender based Violence against Refugees, Returnees, and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response* (2003), p. 42.
- ⁴⁵ Bennett, Olivia 1990. Panos Dossier: *Triple Jeopardy: Women and AIDS*.
- ⁴⁶ Panos Institute and UNICEF, *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission: A pilot study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso* (2001), p. 3.
- ⁴⁷ International Center for Research on Women (ICRW), *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*, (2003), p. 34.
- ⁴⁸ *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 33.
- ⁴⁹ UNAIDS, *India: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial* (2001), pp. 16-17.
- ⁵⁰ *Ibid.*, 42.
- ⁵¹ *Just Die Quietly ...*, pp. 30-31. These findings are echoed in *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, and in *Understanding HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination in Viet Nam*, p. 35.
- ⁵² *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 36.
- ⁵³ *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia ...*, p. 35.
- ⁵⁴ *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 17.
- ⁵⁵ *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia ...*, p. 38.
- ⁵⁶ *India: HIV and AIDS-related Discrimination*, p. 9.
- ⁵⁷ Human Rights Watch, *A Test of Inequality: Discrimination against Women living with AIDS in the Dominican Republic* (2004), p. 27. <http://hrw.org/reports/2004/dr0704/dr0704.pdf>.

⁵⁸ *India: HIV and AIDS-related Discrimination*, pp. 22-24.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 24.

⁶⁰ *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 30.

⁶¹ International Council of AIDS Service Organizations (ICASO), *In-country Monitoring of the Implementation of the Declaration of Commitment Adopted at the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS - A Four Country Pilot Study* (2004), p. 22.

⁶² LACCASO and UNAIDS, *Magdalena's Story: The Reproductive Rights of a Street Teenager in Caracas* (1999), p. 23.

⁶³ *A Test of Inequality: Discrimination against Women living with AIDS in the Dominican Republic*, p. 41.

⁶⁴ *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission ...*, p. 31.

⁶⁵ UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, *Confronting the Crisis ...*, p. 20.

⁶⁶ Population Council, *HIV and Partner Violence: Implications for HIV Voluntary Counseling and Testing Programs in Dar Es Salaam, Tanzania* (2001), p. 33.

⁶⁷ *Ibid.*, 2.

⁶⁸ *Ibid.*, 14.

⁶⁹ UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, *Confronting the Crisis ...*, p. 17.

⁷⁰ Center for Health and Gender Equity, *Gender, AIDS and ARV Therapies: Ensuring that Women gain equitable access to drugs within US funded Treatment Initiatives* (2004), p. 3.

⁷¹ *Ibid.*, p. 5.

⁷² UNAIDS/UNFPA/UNIFEM, *Confronting the Crisis ...*, p. 25.

⁷³ These efforts and their shortcomings are discussed in Human Rights Watch, *Deadly Delay: South Africa's Efforts to Prevent HIV in Survivors of Sexual Violence* (March 2004, Vol. 16, No. 3 (A)), pp. 58 et seq.
<http://www.hrw.org/reports/2004/southafrica0304/southafrica0304.pdf>.

⁷⁴ WHO, *Integrating Gender into HIV/AIDS Programme: a Review Paper* (2003), pp. 27-41, especially p. 33.
